

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THÈSE

No 437

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

André-Jean-Didier GUNY

Né le 16 avril 1908, à Lassigny (Oise)

TECHNIQUE DE L'IMPLANTATION CHOLÉDOCO-DUODÉNALE

Président : M. CUNÉO, Professeur.

LIBRAIRIE MALOINE

Société anonyme d'Éditions Médicales et Scientifiques

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

PARIS, 1940

764



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

André-Jean-Didier GUNY

Né le 16 avril 1908, à Lassigny (Oise)

TECHNIQUE DE L'IMPLANTATION
CHOLÉDOCO-DUODÉNALE

Président : M. CUNÉO, Professeur.

LIBRAIRIE MALOINE

Société anonyme d'Éditions Médicales et Scientifiques

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

PARIS, 1940

LE DOYEN... TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLÉRY-RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LÉVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	LOEPER.
	RATHERY.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	LAIGNEL-LAVASTINE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	VELTER.
	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIÈRE.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE..... Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY..... Pathologie médicale.
 BERNARD Etienne. Pathologie médicale.
 BESANÇON (Justin). Hydrologie.
 BONNET..... Bactériologie.
 BOULANGER.. Chimie.
 BOULIN..... Pathologie médicale.
 BROUET..... Pathologie médicale.
 BULLIARD.... Histologie.
 CACHERA.... Pathologie médicale.
 CORDIER..... Anatomie.
 COSTE..... Pathologie médicale.
 COUVELAIRE (Roger). Urologie.
 DELARUE..... Anatomie pathologique.
 DELAY..... Pathologie médicale.
 DEGREGZ (H.)... Physique.
 DESOILLE..... Médecine légale.
 DIGONNET.... Obstétrique.
 DOGNON..... Physique.
 FEYRE..... Pathologie chirurgicale.
 FUNCK-BRENTANO. Pathologie chirurgi-
 cale.
 GALLIARD.... Parasitologie.
 GARCIN..... Pathologie médicale.
 M^{lle} GAUTHIER-VILLARS. Anatomie pa-
 thologique.

MM.

DE GENNES... Pathologie médicale.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENAU... Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.
 JOANNON..... Hygiène.
 LACOMME.... Obstétrique.
 LANTUÉJOUL. Obstétrique.
 LAVIER..... Parasitologie.
 LELONG..... Pathologie médicale.
 LEMAIRE..... Pathologie expérimentale.
 LENÈGRE..... Pathologie médicale.
 M^{lle} J. LÉVY... Pharmacologie.
 MARCHAL.... Pathologie médicale.
 MÉNÉGAUX... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET... Pathologie médicale.
 MOUQUIN.... Pathologie médicale.
 PATEL..... Pathologie chirurgicale.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 RENARD..... Ophtalmologie.
 RICHEL..... Physiologie.
 SÉNÈQUE.... Pathologie chirurgicale.
 SICARD..... Pathologie chirurgicale.
 SOULIE..... Pathologie médicale.
 SUREAU..... Obstétrique.
 TURPIN..... Pathologie médicale.
 WILMOTH.... Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET..... Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUÉNIOT..... Obstétrique.
 HEITZ-BOYER... Pathologie chirurgicale.
 HUGUENIN.... Anatomie pathologique.

M.M

LARDENNOIS... Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER..... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 PIÉDELIEVRE.. Médecine légale.
 VAUDESCAL.... Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE...	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
BRULÉ.....		BROCQ	
CATHALA		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER...	
CHEVALLIER		de GAUDART	
DONZELOT		d'ALLAINES	
DUVOIR		LEVEUF	
GASTINEL		MOULONGUET	
LAROCHE (G.) ...		MOURE	
LIAN		QUENU	
MOREAU		FEY	
SÉZARY			

MM.	
ECALLE.....	} Clinique obstétricale.
METZGER.....	
PORTES.....	
VIGNES.....	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE LE DOCTEUR PAUL GUNY

A MA MÈRE

*Leur vie toute de travail et d'honneur
est pour moi le meilleur des exemples.*

A MA SOEUR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNÉO

Professeur de Clinique chirurgicale
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

*Qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR BERGERET

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine
Officier de la Légion d'honneur

*Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse et
m'a conseillé dans sa réalisation.*

En témoignage de ma profonde reconnaissance.

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR CAPETTE

Chirurgien de l'Hôpital Bichat
Officier de la Légion d'honneur

*En reconnaissance de son amicale bien-
veillance, témoignage de ma respectueuse
affection et de ma bien vive gratitude.*

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR BAZY

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis
Officier de la Légion d'honneur

Témoignage de notre respectueux attachement.

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR KUSS

Chirurgien de l'Hôpital de la Pitié
Officier de la Légion d'honneur

*En souvenir de la bonne année que j'ai
passée chez lui.*

A MES MAÎTRES

MONSIEUR LE DOCTEUR LAPOINTE, *in memoriam*.

MONSIEUR LE DOCTEUR CHIFOLIAU, Chirurgien des
Hôpitaux.

MONSIEUR LE DOCTEUR CLAISSE, Médecin honoraire
des Hôpitaux.

MONSIEUR LE DOCTEUR CHEVRIER, Chirurgien des
Hôpitaux.

MONSIEUR LE DOCTEUR BOPPE, Chirurgien des Hôpi-
taux.

MONSIEUR LE DOCTEUR CHIRIÉ, Accoucheur des Hô-
pitaux.

*Témoignage de reconnaissance pour la
bienveillante sympathie qu'ils m'ont sans
cesse témoignée.*

A MES AUTRES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE DOCTEUR GIRODE

MONSIEUR LE DOCTEUR OBERLIN

MONSIEUR LE DOCTEUR BLONDIN

MONSIEUR LE DOCTEUR GUEULETTE

Chirurgiens des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR JACQUELIN, Médecin des
Hôpitaux.

MONSIEUR LE DOCTEUR DIGONNET, Accoucheur des
Hôpitaux.

A MES AMIS

MESSIEURS LES DOCTEURS RIBERT, ROUCHY,
ALLILAIRE, BOUCHÉ, SAMAIN

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Hôpital d'Amiens :

MONSIEUR LE DOCTEUR MOULONGUET

MONSIEUR LE DOCTEUR DE BUTLER D'ORMOND

MONSIEUR LE DOCTEUR POULAIN

Hôpitaux de Paris :

Stage :

MONSIEUR LE DOCTEUR TRÉMOLIÈRES

Externat :

MONSIEUR LE DOCTEUR CHIFOLIAU

MONSIEUR LE DOCTEUR CLAISSE

MONSIEUR LE DOCTEUR GIRODE

MONSIEUR LE DOCTEUR JACQUELIN

MONSIEUR LE DOCTEUR CHIRIÉ

Internat provisoire :

MONSIEUR LE DOCTEUR LAPOINTE

Internat :

MONSIEUR LE DOCTEUR KUSS

MONSIEUR LE DOCTEUR BOPPE

MONSIEUR LE DOCTEUR CHEVRIER

MONSIEUR LE DOCTEUR CAPETTE

MONSIEUR LE DOCTEUR BAZY

TECHNIQUE DE L'IMPLANTATION CHOLÉDOCO-DUODÉNALE

Les anastomoses bilio-digestives ont été et sont encore l'objet de controverses passionnées.

Ce qui est frappant, c'est la divergence qui sur tous les points sépare les opinions que l'on trouve énoncées sur les indications, la technique, et surtout la valeur même de ces interventions. Il persiste ainsi des oppositions radicales de tendance entre les écoles chirurgicales.

Nous n'avons pas l'intention de prendre partie, car toutes ces opinions sont basées sur des arguments sérieux, nous voulons exclusivement décrire la technique de l'anastomose cholédoco-duodénale, termino-latérale, telle que la pratique notre maître, M. le Dr Bergeret.

Nous éliminerons du cadre technique, les anastomoses médiales par prothèse perdue, sans sutures directes, qui ne doivent être que des opérations de nécessité en cas de perte de substance très étendue des voies biliaires.

L'implantation cholédoco-duodénale, sauf cas majeur, est parmi les anastomoses bilio-digestives une des moins volontairement pratiquée par les chirurgiens. Ce que nous voulons montrer, c'est que ses difficultés techniques se sont qu'apparentes.

Lorsque l'indication a été posée d'une façon rationnelle, et lorsqu'on suit des principes opératoires bien définis, sa réalisation n'offre pas d'obstacles insurmontables.

HISTORIQUE

A Kehr revient le mérite d'avoir pratiqué la première implantation de l'hépatique dans le duodénum, après résection d'un cancer des voies biliaires, les deux tronçons de l'hépatocolédoque étant trop écartés pour permettre une cholédocorraphie. Il avait employé la technique suivante : incision transversale du duodénum, et sur le bord qui regarde le hile du foie, deuxième petite incision dans laquelle on attire le conduit biliaire à l'aide d'une pince ; le canal implanté étant ensuite réuni au duodénum par quelques points de catgut.

W. G. Mayo, à l'occasion d'un cas analogue, fit une implantation cholédoco-duodénale.

Il publia sa technique dans les *Annals of Surgery*, en août 1905, technique qu'il avait employée pour traiter un rétrécissement extensif de la voie biliaire principale, après cholécystectomie et cholédocotomie.

Quénu et Tuffier, en 1905, publièrent chacun un cas d'hépatocolédoco-entérostomie termino-latérale.

Terrier, en 1906, Souligoux, en 1907, Brault et Grégoire, en 1913, firent des implantations classiques, avec deux plans de sutures.

Mais c'est surtout en Allemagne, depuis le travail
princeps de Sasse, en 1913, qu'ont été étendues les
indications d'anastomose de la voie biliaire princi-
pale.

INDICATIONS

Comme nous l'avons dit dans le préambule, nous ne voulons pas dans ce chapitre discuter les indications respectives des anastomoses utilisant :

- soit la vésicule,
- soit la voie biliaire principale.

M. le D^r Bergeret a précisé son point de vue sur la question, dans une communication parue dans les Mémoires de l'Académie de Chirurgie :

« La cholécysto-gastrostomie me paraît une opération de nécessité lorsqu'il n'est pas possible d'anastomoser la vésicule avec le duodénum. C'est une intervention illogique, il n'est en effet pas indiqué de déverser la bile dans l'estomac lorsqu'on peut l'éviter. Il n'est pas sans danger d'ouvrir plus ou moins largement la vésicule à la pénétration des particules alimentaires, chassées par la pression des contractions gastriques.

Je préfère à ce mode d'anastomose, l'implantation cholédoco-duodénale qui, à part le sphincter, reproduit une disposition ayant beaucoup d'analogie avec la disposition normale et qui assure l'écoulement de la bile dans le sens physiologique de ses voies d'éva-

cuation. Je ne pense pas que l'interposition de la vésicule ait une importance capitale dans la prophylaxie de l'infection.

La cholécysto-duodénostomie n'en est pas moins un bon mode d'anastomose, qui trouve surtout ses indications lorsque le cholédoque est difficilement accessible ».

L'implantation cholédoco-duodénale est surtout indiquée quand la partie basse du cholédoque est définitivement oblitérée, condition réalisée dans les affections suivantes :

— *Sténose cicatricielle* des voies biliaires, par infection de longue durée ou traumatisme opératoire, associée alors assez fréquemment à une fistule. Dans ce cas, l'intervention doit pallier à une double lésion :

— d'une part, un trajet fistuleux aboutissant à la peau ;

— d'autre part, une sténose qui a envahi le segment sous jacent, plus ou moins étendu, du cholédoque.

Nous soulignerons d'emblée :

— La gravité de ces interventions, véritable opération de nécessité, du fait du terrain. Ce sont des sujets assez gravement touchés par la déperdition biliaire et les troubles digestifs qui en résultent.

— La difficulté technique. La région sous-hépatique offre à l'opérateur des écueils de toutes sortes : bloc cicatriciel rendant pénible le repérage des voies biliaires, mauvaise qualité des tissus.

Dans bien des cas, du reste, l'implantation directe sera impossible, on devra se contenter de restauration à distance avec prothèse perdue.

— *Cancer des voies biliaires* (confluent hépato-cystique, cholédoque, ampoule de Vater).

La chirurgie du cancer des voies biliaires principales est périlleuse et décevante. Les opérations radicales comme les palliatives entraînent une mortalité élevée, des survies de si courte durée, que l'on serait presque tenté de conseiller l'abstention.

Cependant, il existe des arguments qui légitiment l'intervention :

— Il est souvent vraiment difficile d'affirmer la nature cancéreuse de l'affection.

— Si l'opération confirme le diagnostic de cancer, la dérivation biliaire interne amènera un soulagement aux souffrances du malade.

— Enfin, dans quelques cas rares, il est vrai, le chirurgien peut découvrir un petit cancer bien limité, extirpable. Telle est l'observation publiée par J. Quénu et P.-G. Gasne : ayant trouvé une lésion bien limitée du confluent hépato-cystique chez un homme de 57 ans, l'intervention permit sa résection et une implantation cholodéco-duodénale atypique. Les suites opératoires furent simples.

— *Cancer de la tête du pancréas.*

— *Pancréatite très ancienne scléreuse*, rebelle au simple drainage. Nous sommes restés partisans dans le traitement des pancréatites chroniques du drainage

externe (cholécystostomie ou cholédocostomie, si la vésicule n'existe plus).

Ce drainage permet :

— La suppression de la rétention biliaire (complète ou incomplète).

— La rétrocession de la maladie causale, dans la mesure où l'ancienneté des lésions le permet.

— Et enfin l'étude complète par la cholangiographie qui renseignera sur la perméabilité du cholédoque terminal.

Ce n'est qu'en cas d'échec de la stomie, alors que la cholangiographie aura montré l'existence d'un obstacle absolu que nous recourons au drainage interne. C'est ainsi que se trouve posé le principe de l'anastomose secondaire (nous avons ainsi procédé dans les observations 3 et 8).

Dans tous les cas énoncés ci-dessus, nous pratiquons l'implantation cholédoco-duodénale et nous rejetons l'anastomose latéro-latérale, laquelle nous paraît cependant formellement indiquée lorsqu'on a l'espoir que la perméabilité se rétablira et que la bile pourra reprendre son cours normal.

Les raisons de notre préférence sont les suivantes :

— Physiologiquement, le sphincter pris à part, l'implantation reproduit avec beaucoup d'analogie la disposition normale.

— En cas de sténose définitive de la partie basse du cholédoque (ce qui constitue l'indication majeure de notre technique), l'anastomose latéro-latérale laisse

persister au-dessous d'elle un cul-de-sac où la bile stagne, et qui peut être l'amorce de complications infectieuses et le point de départ de concrétions et calculs.

— Enfin, comme nous l'avons déjà dit, sa réalisation n'en est pas plus difficile.

Nous excluons de notre chapitre d'indications la dilatation congénitale du cholédoque, à propos de laquelle un excellent résultat d'implantation a été publié par Brin et Hartmann.

En résumé, les indications absolues de la méthode sont réalisées par les affections qui entraînent une imperméabilité complète des voies biliaires principales :

— soit affections appartenant en propre au conduit biliaire ;

— soit affections de voisinage.

Avant de clore ce chapitre, nous voulons insister sur le point suivant : lorsque le malade ne présente pas un état général satisfaisant, lorsque nous craignons qu'il ne puisse supporter d'emblée une anastomose cholédoco duodénale, et enfin lorsque sa réalisation technique offre des difficultés considérables, du fait des dispositions anatomiques, nous avons l'habitude de procéder ainsi :

— Dans un premier temps nous nous contentons d'un simple drainage externe.

— Dans un deuxième temps, après un drainage prolongé suffisamment longtemps, lorsque les signes

d'intoxication biliaire se sont nettement atténués, nous réalisons alors l'anastomose.

Cette tactique opératoire en deux temps présente un double avantage :

— la résistance du malade s'est considérablement augmentée ;

— les conditions anatomiques se sont en général modifiées, d'une façon telle, que l'intervention se présente sous un jour favorable.

PRINCIPES DIRECTEURS DE LA TECHNIQUE

Une technique précise est de rigueur pour assurer à la fois, son succès immédiat et ses suites éloignées.

Deux principes importants permettront d'éviter des complications ultérieures, dont la plus redoutable est l'angiocholite.

— Technique impeccable dans la confection de la bouche.

— Une gastro-entérostomie complémentaire de dérivation.

1^o L'anastomose doit répondre aux conditions suivantes :

— Bouche large. Il faut profiter de tout le calibre du cholédoque.

— Parfaitement ourlée. Affrontement exact de la muqueuse duodénale et de l'endothélium cholédocien pour avoir une cicatrice souple non rétractile.

— La placer sur le bord supérieur du duodénum sans traction sur les sutures, ni angulation de ce segment du tube digestif.

2^o Gastro-entérostomie complémentaire, postérieure, .

transmésocolique, verticale, sur le vestibule pylorique, à 5 cm. environ du pylore.

Cette anastomose drainera la presque totalité du bol alimentaire et mettra la bouche cholédocienne à l'abri d'un envahissement par des particules irritantes.

Le flux continu de la bile constitue d'ailleurs une chasse permanente qui s'oppose à l'infection de l'arbre biliaire. A moins de conditions anormales, le reflux paraît improbable dans une telle disposition anatomique.

Examens et soins pré-opératoires.

Il ne faut pas oublier que l'on a affaire à des malades fragiles :

— Présentant un état cholémique, ancien de plusieurs semaines ou de plusieurs mois.

— Insuffisant hépatique.

— Insuffisant rénal.

— Fréquemment déshydratés et anémiés.

Ce sont ces facteurs redoutables qui font la gravité immédiate de toute intervention sur les voies biliaires.

On étudiera donc soigneusement la résistance opératoire du sujet : l'état du foie, par les différentes épreuves fonctionnelles, mais surtout par une étude méticuleuse de la crase sanguine ; par la recherche des temps de saignement, de coagulation, de rétrac-

tion du caillot, et de la formule sanguine. Il ne faut pas se fier au temps de saignement seul, car il peut être normal alors que le temps de coagulation est altéré. L'état du rein par un dosage d'urée et une constante d'Ambard. On recherchera l'acidose urinaire et l'hyperglycémie car souvent à l'insuffisance hépatique s'ajoute une insuffisance pancréatique. Enfin, on terminera par un examen soigneux du cœur et du poumon.

C'est dire toute l'importance de la préparation du malade à l'intervention.

En dehors des précautions couramment admises, nous soulignerons trois points importants :

— La nécessité de réhydrater le sujet par des injections intra-veineuses préalables de sérum glucosé isotonique à fortes doses.

— S'il existe des troubles de la crase sanguine, injections de calcium, transfusion corrective, suivant la technique de Mayo : petites transfusions, répétées tous les jours, avec surveillance quotidienne du temps de coagulation ; on arrêtera les transfusions et on interviendra dès que le temps de coagulation sera inférieur à 10 minutes.

TECHNIQUE

Anesthésie.

Nous rejetons les anesthésies par inhalation telles que chloroforme, Schleich et même éther qui sont d'une toxicité indiscutée.

Chez nos opérés, la méthode ne fut pas univoque :

- Tantôt inhalation de protoxyde d'azote.
- Tantôt anesthésie combinée ; infiltration pariétale avec de la novocaïne à 1 pour 200, associée à quelques bouffées de protoxyde d'azote.
- Dans les cas où la tension artérielle n'est pas trop faible, nous combinons volontiers à une rachianesthésie de 3 à 5 mgr. de percaïne à 5 pour 1.000, qui donne un silence abdominal parfait, une infiltration pariétale avec une solution de novocaïne adrénalinée.

Il n'en est pas moins vrai que chez les sujets très fatigués, l'anesthésie loco-régionale ou même purement locale est à conseiller.

Position de l'opéré.

En décubitus dorsal, avec hyperextension forcée du tronc par un coussin placé sous la partie inférieure de la région dorsale.

Voie d'abord.

Elle doit répondre à deux indications :

— Exposer largement la région des voies biliaires paramédianes droites.

— Ne pas mutiler la sangle pariétale.

Nous ne rappellerons pas ici toutes les incisions décrites pour la chirurgie des voies biliaires.

Dans deux de nos observations l'incision employée fut la sous-costale droite : on la mène parallèlement au rebord cartilagineux, à deux bons centimètres au-dessous, de manière à garder une longueur de muscle suffisante pour la reconstitution de la paroi.

Cette incision qui donne un bon jour présente le double inconvénient de sectionner en travers presque tous les muscles qu'elle traverse et de couper tous les filets moteurs de la paroi abdominale qu'elle croise perpendiculairement.

Aussi, donnons-nous la préférence à l'incision verticale médiane, longue, débordant l'ombilic de 2 à 3 travers de doigts et qui répond parfaitement aux principes énoncés en tête de ce chapitre. Nous avons d'habitude alors de nous placer à gauche.

La région étant bien exposée et bien limitée par

des champs, qui refoulent estomac et côlon, on place une valve sous la face inférieure du foie, de façon à bien dégager le pédicule hépatique et l'on procède au temps capital de :

L'exploration.

Examen méthodique du foie, des voies biliaires, de la tête du pancréas, et vérification du pylore et du duodénum.

Recherche et dénudation du cholédoque.

Le point de repère principal est constitué par l'hyatus de Winslow, puisque le cholédoque est contenu dans le bord libre du petit épiploon. On le reconnaît à son volume, quelquefois très considérable, à sa direction verticale, à sa situation externe par rapport aux autres éléments du pédicule hépatique. Il a sur le vivant une couleur plutôt gris bleu que vert, qui pourrait à première vue le faire confondre avec la veine porte.

Il faut bien savoir que la découverte des voies biliaires présente parfois de grosses difficultés, du fait même d'interventions antérieures. Il existe bien souvent un feutrage d'adhérences qui masque les rapports anatomiques normaux. Il faut alors connaître un certain nombre de principes directeurs.

En premier lieu, on tâche de reconnaître sur le bord antérieur du foie l'encoche vésiculaire et on

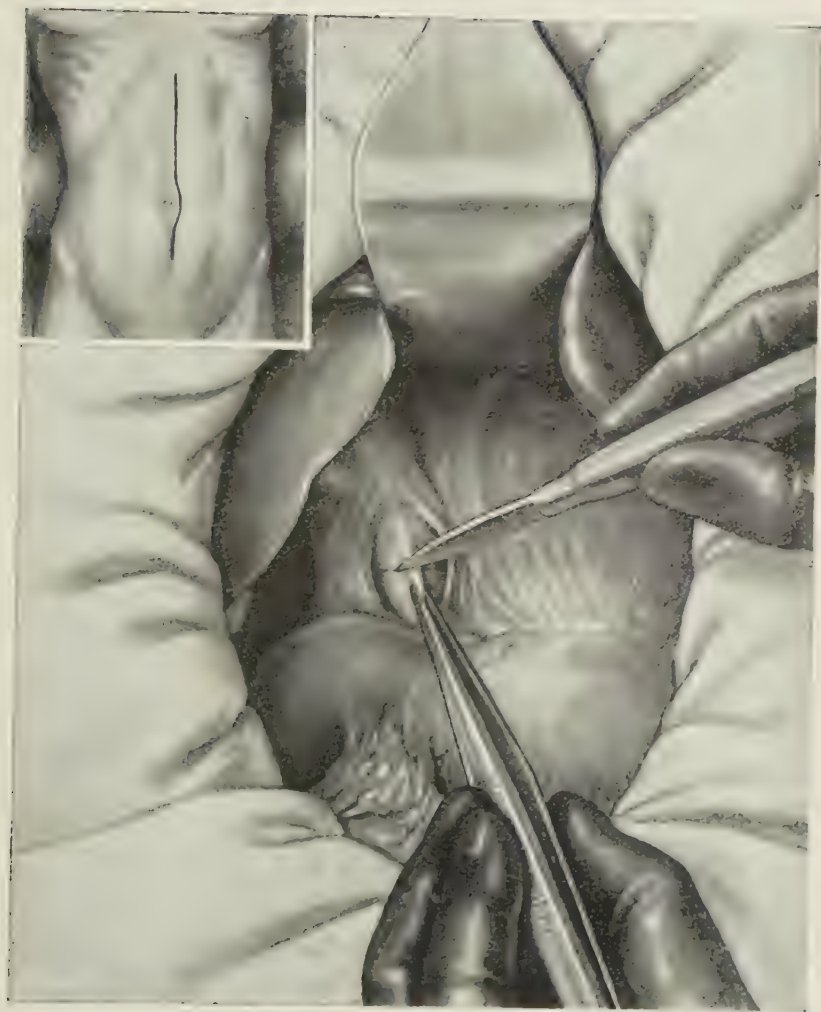


PLANCHE I.

s'efforcera alors de libérer la vésicule. Mais celle-ci peut être inutilisable comme guide, soit parce qu'atrophiée, soit parce qu'inexistante (cholécystectomie antérieure).

On peut alors avoir recours à l'artifice de Brin et Quénu : on effondre le petit épiploon dans sa pars flaccida ; on introduit l'index dans cet hiatus artificiel et on explore vers la droite le pédicule hépatique. Sinon, à défaut de tout, on repère la situation probable du conduit au milieu des adhérences et on l'y cherche prudemment au bout des ciseaux courbes et de la sonde cannelée. Une fois reconnu on le dénude et on le dégage sur toute sa circonférence, c'est indispensable pour faire une implantation correcte (planche n° 1).

Section du cholédoque.

La faire le plus bas possible, juste au-dessus de l'obstacle de façon à avoir la plus grande longueur utilisable.

On amorce la section en ouvrant la paroi antérieure au niveau d'un pli soulevé par la pince à disséquer. Cette section sera perpendiculaire au grand axe du conduit et totale.

Une fois achevée, on saisit les deux extrémités latérales de la tranche avec des pinces de Chaput, de façon que l'on puisse profiter du calibre maximum de l'hépatocolédoque. A partir de ce temps, aspiration continue de la bile en rétention (planche n° 1).

Traitement du bout inférieur.

Deux conduites peuvent être suivies :

— ou bien fermeture par un surjet ou même simplement ligature ;

— ou bien, on peut l'abandonner sans l'occlure ; étant donné qu'il y a une imperméabilité complète de segment terminal, il n'en résulte aucun ennui.

Surjet séro-séreux postérieur.

On emploie une aiguille courbe sertix enfilée de catgut double zéro et on mène son surjet de droite à gauche. On garde les deux extrémités, le fil *a* servira ultérieurement pour le séro-séreux antérieur (planche 2, figure A).

Ouverture du duodénum.

Par une incision transversale un peu moins large que la lumière cholédocienne, car l'intestin « prête » beaucoup (planche 2, figure A).

On la fait au bord supérieur du duodénum, au point le plus proche pour éviter les tractions, ce qui se fait en général sans difficulté. Si la distance est considérable, si l'anastomose paraît devoir se faire sous tension, on peut mobiliser le duodénum en incisant le péritoine sur le côté externe de la 2^e portion.

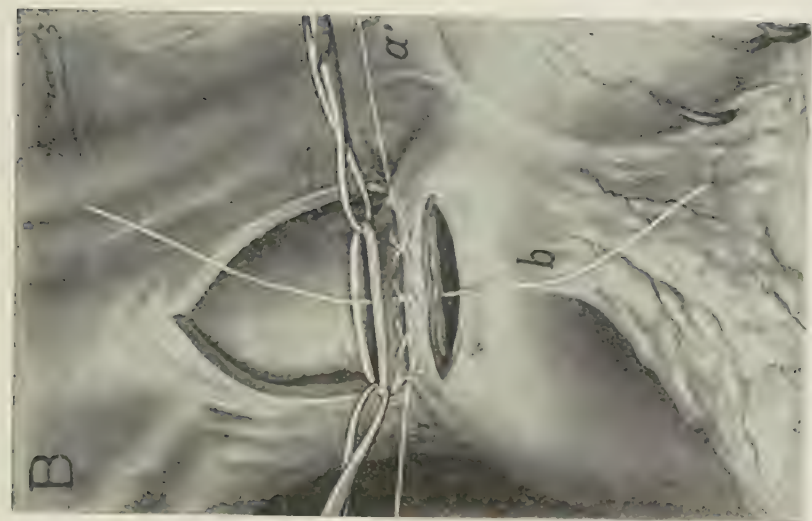
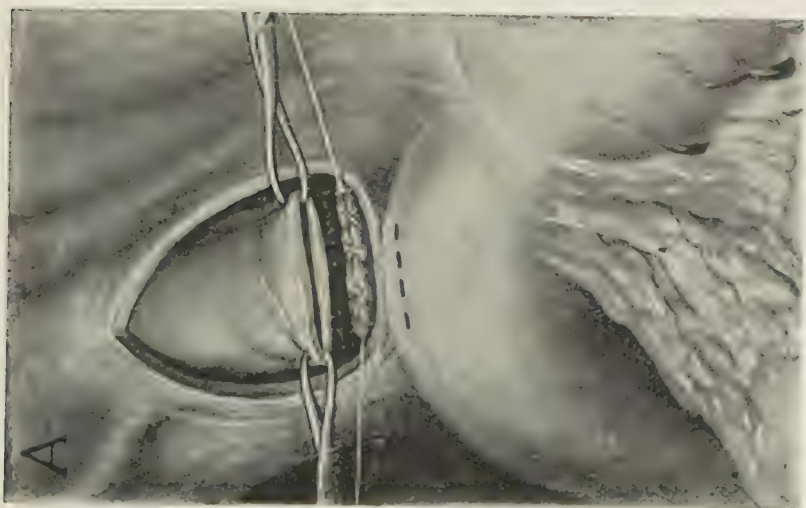


PLANCHE 2.

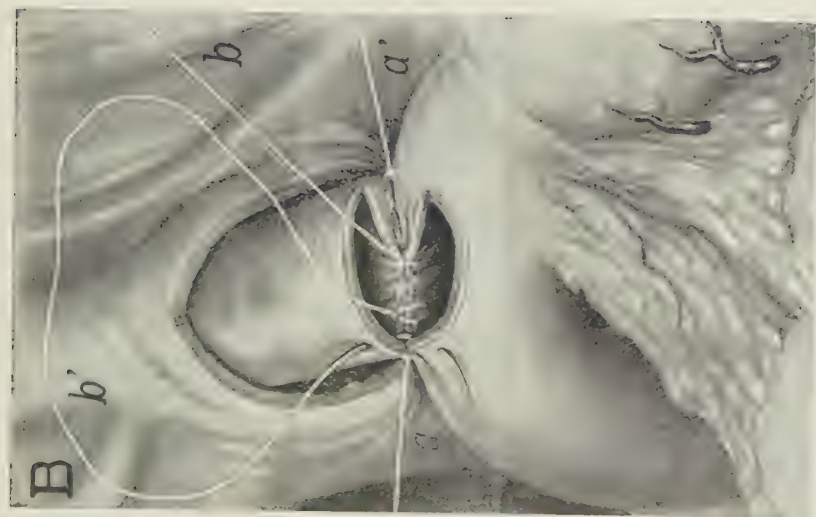
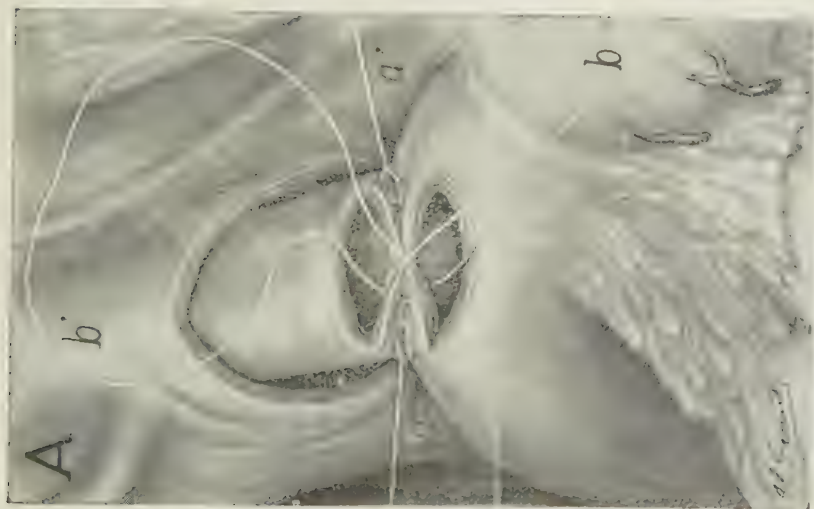


PLATE 3.

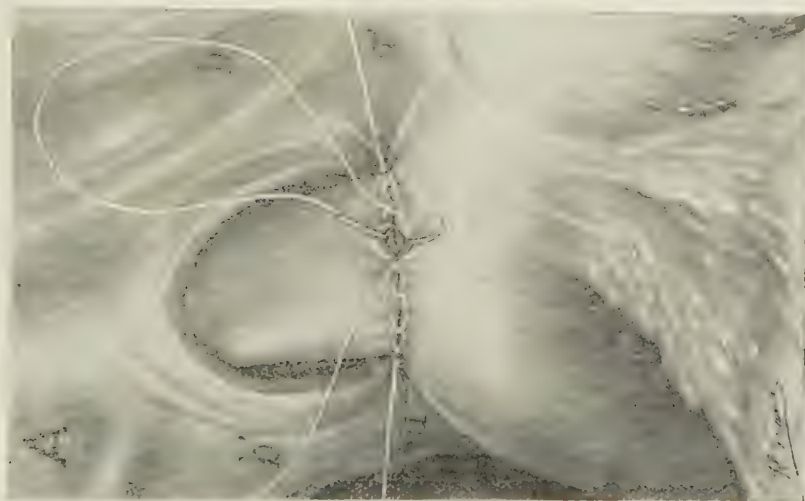
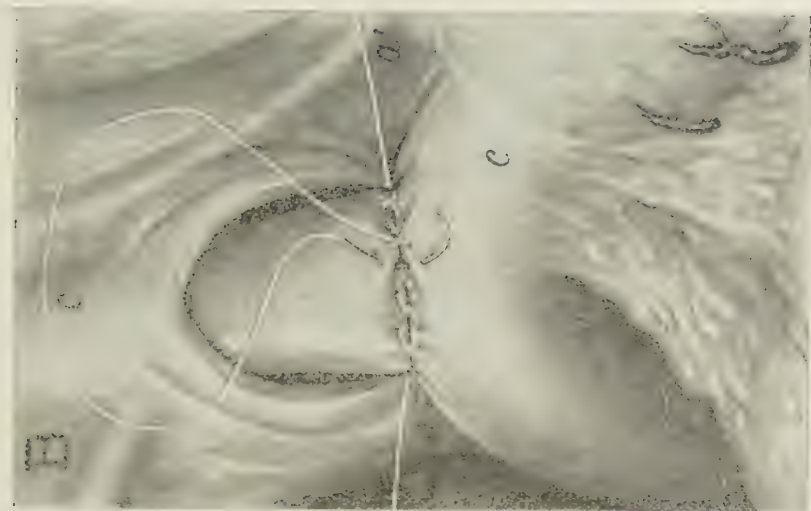


PLANCHE I.

Surjet total.

Le matériel de suture employé est le catgut double 0 (aiguille courbe sertix). Le mode de suture est le surjet à points passés.

On commence le premier point au milieu des deux tranches postérieures (planche 2, figure B, fil *bb*). Avec le fil *b'* on bâtit la moitié du surjet en allant de la gauche vers la droite ; on dépasse l'angle et on continue jusqu'à environ la moitié droite de la circonférence antérieure où l'on fait un point d'arrêt. On garde le fil (planche 3, figures A et B).

Avec cette technique et en piquant toujours suivant les principes classiques de séreuse à muqueuse pour une des tranches et de séreuse à muqueuse pour l'autre l'affrontement est parfait et il n'existe pas de point faible au niveau des angles.

Avec une nouvelle aiguille montée, que l'on solidarise avec le fil *b*, on procède de même pour la moitié gauche du surjet total.

Au moment de la rencontre des deux hémi-surjets totaux, il existe évidemment une zone de quelques millimètres où il est impossible de faire le point inversant. Pour supprimer toute zone faible, dans la ligne de suture, nous pratiquons comme il suit (planche 4, figure A). Avec le fil *b*, avant l'occlusion complète de l'anastomose nous faisons un bord à bord, c'est-à-dire : un 1^{er} plan muqueux et nous solidarisons les fils *bb'*, un 2^e plan séro-musculaire (à l'aide d'un nouveau fil *c*, planche 4, figure B).

Surjet séro-séreux antérieur.

Reprenant le fil *a* du séro-séreux postérieur, nous menons le surjet de la gauche vers la droite et nous le solidarisons avec le fil *a* (planche 5).

Ainsi se trouve réalisée une anastomose termino-latérale en deux plans.

Le 2^e temps de l'opération.

associera à l'anastomose, comme traitement préventif de l'infection ascendante des voies biliaires une dérivation : gastro-entérostomie postérieure, transmésocolique verticale à environ 5 cm. du pylore.

Nous employons exactement la même technique anastomotique que pour l'implantation cholédoco-duodénale :

- surjet séro-séreux postérieur,
- deux hémi-surjets totaux en commençant par le milieu des deux tranches postérieures,
- un surjet séro-séreux antérieur.

Drainage.

Pas de mèche. Nous les proscrivons formellement. Un drain non perforé de calibre 40 sera glissé dans l'espace sous-hépatique et sortira par la partie déclive de l'incision (planche 5, figure B).

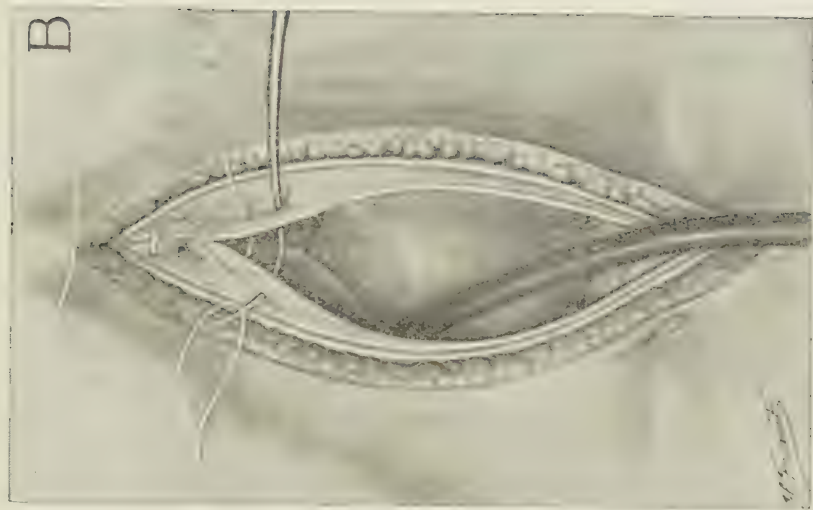


PLANCHE 5.

Fermeture de la paroi.

Nous avons l'habitude de procéder de la façon suivante :

- surjet péritonéal au catgut double 0,
- on place alors deux à trois grosses soies prenant peau et plan musculo-aponévrotique,
- surjet aponévrotique au catgut ordinaire n° 2,
- agrafes sur la peau.

Soins post-opératoires.

Sont d'une extrême importance. Pendant les premiers jours : 1/2 litre de sérum physiologique. Tonocardiaque. Antiseptiques généraux. Rechloration.

Il faut surveiller la crase sanguine et parer aux accidents hémorragiques possibles par des injections de calcium et des transfusions sanguines, si nécessaire.

Le drain sera enlevé le 3^e ou 4^e jour.

Lever entre le 10^e et le 15^e jour.

COMPLICATIONS POST-OPÉRATOIRES

Complications immédiates.

Nous rappellerons les complications qu'il est classique d'observer au cours des interventions sur les voies biliaires. Parmi les plus fréquentes signalons :

— les hémorragies. On connaît la grande tendance des hépatiques et surtout des ictériques chroniques aux hémorragies, et nous avons déjà insisté sur leur traitement préventif,

— infections broncho-pulmonaires. Nous avons eu un décès par pneumonie,

— la péritonite, que l'on devra éviter en isolant très correctement la zone opératoire et en assurant l'étanchéité des sutures ; signalée par certains auteurs, nous ne l'avons jamais observée,

— l'acidose post-opératoire ou accident aigu d'insuffisance hépato-pancréatique.

On évitera tous ces accidents dans la mesure du possible, par une préparation minutieuse du malade, une technique rigoureuse et une surveillance post-opératoire vigilante.

Complications secondaires.

1^o Fistule biliaire. Nous en avons observé un cas dans l'observation n^o 2. L'anastomose avait été laborieuse et atypique avec prothèse perdue ;

2^o Signalons les possibilités d'envahissement de la bouche par progression de la tumeur (dans les cancers du pancréas). C'est ce qui s'est probablement produit dans l'observation n^o 4 où la fistule vésicocutanée (il y avait eu cholécystostomie antérieure), s'est rouverte.

Complications tardives, suites éloignées.

Il est assez difficile de se faire une opinion précise sur l'avenir de ces opérés pour deux raisons :

— des opinions diamétralement opposées ont été émises,

— la plupart des statistiques sont trop souvent exposées sans les détails.

Dans son rapport au dernier Congrès de chirurgie, Mallet Guy conclut à un notable pourcentage d'accidents dus :

— à l'angiocholite ascendante suppurée, sans rétrécissement de l'anastomose ;

— à une sténose de la bouche ;

— à une oblitération calculeuse d'une bouche non rétrécie. A son avis, l'angiocholite ascendante est plus fréquente dans les anastomoses de la voie biliaire principale que dans les anastomoses vésiculaires. Mais

son pourcentage est impossible à fixer, car souvent très tardive (voir 15 à 20 ans après l'opération) ce qui explique la grande rareté des documents nécropsiques.

Il conclut ainsi « en dehors de tout rétrécissement de la bouche, de tout envahissement néoplasique, de toute sténose duodénale, peut survenir chez un opéré porteur d'une anastomose de la voie biliaire principale, une angiocholite dont la responsabilité incombe exclusivement à l'abouchement direct de la voie biliaire dans le tube digestif et à l'ascension microbienne qu'il entraîne à sa suite et contre laquelle ne se dresse aucune barrière ».

Soupault et Brocq pensent que la persistance ou l'apparition de l'angiocholite ascendante est souvent favorisée par l'affection qui a nécessité l'anastomose bilio-digestive (pancréatite chronique, rétrécissement des voies biliaires, cancer du pancréas).

En dehors de ces conditions, lorsque l'on voit apparaître une infection ascendante, il faut penser :

— soit au rétrécissement de la bouche (cette cause paraît capitale à la plupart des auteurs. Finsterer y accorde une importance particulière),

— soit à un reflux du contenu duodéal dans les voies biliaires,

— soit aux deux associés.

Il semble en tout cas qu'on ait exagéré la fréquence de ces accidents dans les anastomoses cholédoco-duodénales. Soupault s'est élevé contre le pessimisme de Mallet Guy.

Finsterer a présenté 118 cas d'anastomose de la voie biliaire principale sans angiocholite. L'observation du Professeur Terrier, rapportée par le Professeur Gosset et suivie depuis 33 ans, est un exemple des excellents résultats que peut donner cette opération. En conclusion, s'il existe des observations indiscutables d'angiocholite suppurée survenue après des implantations cholédoco-duodénales, il n'en est pas moins vrai que si l'indication a été exactement remplie, si l'opération a été correctement pratiquée, le malade échappera le plus souvent aux accidents infectieux.

Résultats.

Nous envisagerons les résultats tant immédiats qu'éloignés différemment, suivant l'affection qui a nécessité l'anastomose.

Dans le cancer du pancréas, la mortalité opératoire est importante comme en témoignent les statistiques. Elle tient à ce que les sujets sont à la fois cancéreux et cholémiques. Ainsi s'explique le chiffre de 40 à 50 % de mortalité opératoire.

Finsterer sur 6 anastomoses de la voie principale a eu 4 décès.

Chez nos 4 opérés (observations 4, 5, 6 et 8) nous n'avons pas eu à déplorer de décès post-opératoire.

Nous ne parlerons pas des résultats éloignés, étant donné que la durée moyenne d'évolution naturelle du cancer du pancréas est évaluée à environ 6 mois. Tous nos malades sont morts de cachexie progres-

sive dans les 4 à 13 mois qui ont suivi l'intervention sans présenter de signes d'angiocholite.

Cependant, la légitimité de l'intervention s'appuie sur deux arguments essentiels :

— la possibilité d'une erreur de diagnostic qui transforme alors une intervention palliatrice en une intervention salvatrice ;

— d'autre part, l'amélioration clinique importante : le prurit féroce et insupportable disparaît souvent très vite, l'ictère s'éclaircit, rendant tous ses espoirs au malade.

Comme l'écrivait Quénu « il y a autre chose que la question de survie, il y a la question de vivre les quelques derniers jours avec le minimum de souffrance physique et morale ».

Les autres observations ont trait :

observation n° 1, à un rétrécissement scléreux du cholédoque à la suite de cholécystectomie ;

observation n^{cs} 3 et 7, l'une a une pancréatite calculeuse, l'autre a une pancréatite chronique.

Dans l'ensemble, les résultats éloignés sont excellents.

La malade de l'observation n° 1 a été revue 11 ans après l'intervention. Son état général est parfait, les téguments ont une coloration normale, pas de ces poussées fébriles et douloureuses qui ont émaillé les suites de l'opéré de Terrier.

Quant aux malades des observations 3 et 7, elles ont été revues 2 ans après, en parfait état de santé.

OBSERVATIONS

Toutes les interventions ont été pratiquées par le Dr Bergeret.

OBSERVATION N° 1.

Femme de 45 ans, vue en mai 1928. Elle a été opérée un an auparavant par un autre chirurgien, en raison d'un volumineux calcul de la vésicule, une cholécystectomie a été pratiquée. Lorsqu'elle quitta la maison de santé elle conservait une fistule biliaire qui se ferma spontanément un mois après sa sortie. Six mois plus tard, apparition d'un ictère.

Elle a été vue par le Dr Bergeret 4 mois après le début de la jaunisse ; l'ictère est alors extrêmement foncé et les matières complètement décolorées, d'une façon continue depuis quatre mois.

Intervention le 13 mai 1928.

La région du pédicule hépatique est occupée par un bloc cicatriciel très dur qui adhère à la face inférieure du foie. On parvient à découvrir la partie inférieure de l'hépatique immédiatement au-dessus du confluent hépatocystique. Il est très dilaté, on l'ouvre. Il se termine en cul-de-sac aboutissant au bloc scléreux et sa longueur utilisable est de moins de un centimètre. On le draine.

Lorsque la malade est complètement déjaunie, le 8 juin

1928, on pratique une anastomose hépatico-duodénale. La malade guérit simplement. Elle a été revue en janvier 1937 : les téguments avait une couleur normale. Les selles sont normalement colorées. L'examen y montre la présence de stercobiline et de pigments biliaires.

La malade a refusé un tubage duodénal. Revue récemment en excellent état.

OBSERVATION N° 2.

Il s'agit d'une femme qui aurait, le 20 juin 1928, subi une cholécystectomie pour cholécystite banale, avec péri-cholécystite, par un autre chirurgien.

Quelque temps après cette intervention, elle fait un ictère par rétention qui conduit le même chirurgien à pratiquer le 20 août, une anastomose entre la branche droite de l'hépatique et la première portion du duodénum sur un tube de caoutchouc. Elle guérit simplement, mais le 1^{er} décembre, elle fait un nouvel ictère par rétention avec une gêne marquée du transit duodénal.

Intervention (Dr Bergeret).

Le 20 décembre 1928, sous-anesthésie au protoxyde d'azote.

Le vestibule pylorique adhère à la paroi. Le pylore et la première portion du duodénum adhèrent intimement à la face inférieure du foie ; libération progressive du conduit sur l'anastomose.

Elle est oblitérée par du tissu fibreux, on ouvre la branche droite de l'hépatique. Les conditions ne paraissant pas favorables pour faire l'anastomose on ferme une déchirure du premier duodénum qui s'est produite au cours de l'intervention. On met un drain au contact de

l'hépatique et on fait une gastro-entérostomie. Les suites sont simples.

Réintervention le 9 janvier 1929, sous-anesthésie au protoxyde d'azote.

Après exposition facile de la région sous-hépatique, on libère le confluent hépatique.

Duodénotomie du 2^e duodénum, cathétérisme de l'ampoule de Vater.

La partie basse restante du cholédoque se trouve séparée du confluent hépatique par une gangue fibreuse de 4 à 5 centimètres, on ne peut donc reconstituer la voie principale.

Dans ces conditions, on abouche le confluent de l'hépatique et la première portion du duodénum sur un tube de caoutchouc.

La malade fait une fistule dans les jours qui suivent l'intervention. On parvient à l'oblitérer partiellement en tamponnant avec des mèches et l'écoulement devient rapidement beaucoup moins abondant.

Morte le 4 février d'une pneumonie de la base gauche.

OBSERVATION N^o 3.

Femme de 44 ans.

L'histoire de la maladie se résume en une série de crises douloureuses très violentes, à type de crampes situées dans la région épigastrique, avec irradiations dans le dos au niveau de la colonne vertébrale et ayant commencé à l'âge de 12 ans.

En 1931, l'ablation de l'appendice n'amène aucun soulagement.

En 1936, elle est réduite à s'aliter pendant cinq mois,

tellement elle est fatiguée et tellement les crises sont fréquentes.

La radiographie, pratiquée à cette époque, montre nettement de nombreux calculs groupés, et formant une masse allongée obliquement de dedans en dehors et de haut en bas, située devant la face antérieure de la deuxième apophyse costiforme lombaire du côté droit.

Première intervention, le 5 décembre 1936.

Ablation des calculs pancréatiques.

Ablation de la vésicule qui est rétractée sur elle-même, à parois épaissies.

Le cholédoque est dilaté d'une façon extraordinaire, ses parois sont néanmoins épaissies et manifestement enflammées. On l'ouvre. L'exploration montre qu'il se termine en cul-de-sac arrondi derrière le pancréas. Sa partie intra-pancréatique est complètement étranglée et on ne sent aucun orifice. Drainage par tube de Kehr.

Une cholangiographie montre que la partie intra-pancréatique du cholédoque est étranglée et imperméable.

Le 14 janvier 1937, nouvelle intervention :

Incision parallèle au rebord costal droit. Le cholédoque est toujours aussi dilaté, on le coupe transversalement aussi bas que possible derrière le pancréas et on lie le bout inférieur. On implante le cholédoque dans la première portion du duodénum, au niveau de la partie moyenne de sa face antérieure près de son bord supérieur.

Nouveau drainage du cholédoque par un tube de Kehr, placé au-dessus de l'anastomose et on termine en faisant une gastro-entérostomie postérieure.

Les suites sont simples, le tube de Kehr est retiré le huitième jour et la malade rentre chez elle le 5 février.

Revue à la fin de janvier 1939, elle va bien et ne présente pas de signe d'angiocholite.

Revue, il y a peu de temps, elle va très bien.

OBSERVATION N° 4.

Femme de 65 ans. Le 21 janvier 1937, cholécystostomie pour ictère par rétention.

Deuxième intervention, le 16 février 1937 :

C'est un cancer de la tête du pancréas avec noyau secondaire dans le mésocôlon transverse.

Implantation cholédoco-duodénales. Suites simples.

Elle meurt le 5 décembre 1937 par cachexie progressive ; la fistule vésico-cutanée s'est rouverte dans les derniers temps par envahissement ou compression de l'implantation du cholédoque.

N'a pas eu de signe d'angiocholite.

OBSERVATION N° 5.

Femme née en 1888.

Le 8 mars 1929, cholécystectomie par le Professeur Hartmann pour cholécystite lithiasique (environ 50 petits calculs dans la vésicule).

Le 18 juillet 1929, amputation du sein droit avec curage de l'aisselle pour cancer.

Le 18 mars 1937, intervention pour ictère par rétention datant de plusieurs semaines :

Anesthésie au protoxyde. Incision médiane sus-ombilicale, le cholédoque est très dilaté. On l'incise, il s'en écoule une grande quantité de bile blanche. Il ne contient

pas de calculs. Drainage par un tube de Kehr. La tête du pancréas masquée par des adhérences est augmentée de volume et très dure. Le foie est distendu, brun-verdâtre. Sur le bord gauche du cholédoque, on trouve une petite masse allongée longue d'un centimètre environ, large et épaisse de quelques millimètres et qui paraît être une masse cancéreuse. On l'enlève.

L'examen histologique fait par Millot montre qu'il s'agit d'un épithélioma cylindrique tubulo-acineux, noyé dans un stroma conjonctif assez dense et dont l'origine pancréatique est très vraisemblable.

Très rapidement la bile se colore, la malade déjàunit.

Nouvelle intervention, le 11 juin 1937.

Incision parallèle au rebord costal passant dans l'ancienne incision de cholécystectomie. En suivant le tube de Kehr, on arrive au cholédoque, on a quelque peine à le dégager, en particulier au niveau de sa paroi postérieure. Comme elle vient assez difficilement, on doit réaliser une implantation atypique sur tube de caoutchouc n° 20. On parvient néanmoins à ourler très exactement l'endothélium cholédoque et la muqueuse duodénale sur les trois quarts antérieurs de la circonférence et à faire un surjet d'enfouissement à ce niveau.

On fait une gastro-entérostomie et on ferme en un plan sur un drain.

Suites simples.

La malade est bien pendant près de huit mois, puis elle se cachectise progressivement et meurt le 15 juillet 1938 sans avoir présenté de signes d'angiocholite.

OBSERVATION N° 6.

Femme de 53 ans qui entre à l'Hôpital Necker le 10 mai 1937 pour ictère par rétention ayant débuté le 2 mars.

Le 12 mai, anesthésie locale. plus protoxyde. Bistouri électrique. Cholécystostomie sur sonde de Pezzer ; la vésicule est libre et très distendue.

Le 18 juin 1937, nouvelle intervention.

Incision médiane sus-ombilicale. Cancer de la tête du pancréas. Section transversale du chodéloque que l'on coupe immédiatement au-dessus de la tête du pancréas et que l'on implante dans la première portion du duodénum. Gastro-entérostomie complémentaire. Fermeture en trois plans sur un drain.

Suites immédiates simples. La malade quitte l'hôpital le 18 juillet, elle meurt le 18 octobre 1937 de cachexie progressive sans avoir présenté d'accidents d'angiocholite.

OBSERVATION N° 7.

Homme de 35 ans, présentant des crises douloureuses épigastriques très violentes, irradiant dans la région lombaire avec nausées, vomissements, poussées fébriles, et quelquefois léger subictère.

L'examen au moment des crises montre une légère douleur vésiculaire et une douleur vive au niveau de la région pancréatico-cholédocienne. En dehors de ces crises, la douleur vésiculaire disparaît et la douleur pancréatico-cholédocienne persiste.

Intervention le 1^{er} mars 1937.

La tête du pancréas est augmentée de volume et assez

dure. Le péritoine pré-pancréatique est rouge, congestionné. La vésicule biliaire est distendue ; le cholédoque gros comme un index. Ouverture et drainage du cholédoque. Biopsie pancréatique. La bile ne contient aucun germe. L'examen histologique révèle une pancréatite chronique avec lésions très marquées.

La cholangiographie pratiquée le 14 mars montre une imperméabilité au ténébryl de la portion pancréatique du cholédoque. En augmentant la pression on provoque une crise identique à celles qu'avait le malade avant d'être opéré.

L'état restant stationnaire le 4 juin 1939, on fait une implantation cholédoco-duodénale avec gastro-entérostomie complémentaire de dérivation.

Revu en janvier 1939, il va très bien, il a augmenté de 12 kgr., aucun signe d'angiocolite.

Toutes ces observations ont été publiées par M. le Dr Bergeret dans les « Mémoires de l'Académie de Chirurgie ».

OBSERVATION N° 8.

Il s'agit d'un homme de 43 ans qui a présenté de 1929 à 1937 des crises douloureuses localisées à l'hypocondre droit, sans ictère.

En avril 1939, réapparition des crises douloureuses, extrêmement violentes, siégeant dans l'hypocondre droit à irradiations postérieures et ascendantes vers la pointe de l'omoplate et s'accompagnant de vomissements bilieux. Puis, quelque temps après, apparition d'un ictère jaune verdâtre, avec décoloration des matières, prurit. Le malade est amaigri, anorexique, avec un dégoût électif pour les viandes.

Le foie est augmenté de volume, sensible à la palpation, la vésicule est palpable est douloureuse, la rate est normale.

B.-W. négatif.

Urée sanguine 0,26.

Cholestérine 5 gr.

Paracholestérol 17 gr. 5.

Numération globulaire normale.

Première intervention, le 20 juillet. — Sous-anesthésie locale. Incision transrectale droite au bistouri électrique. Ouverture d'une énorme vésicule qui contient une grande quantité de bile noire, que l'on évacue par aspiration. Drainage de la vésicule par une sonde de Pezzer.

Après cette intervention, crise douloureuse durant 3 jours. Puis apparition d'hémorragies qui, au mois d'août, deviennent plus abondantes. (Hémorragies par le drain vésiculaire et hémorragies intestinales).

En septembre, reprise des crises douloureuses avec maximum au point vésiculaire. Ces crises sont intermittentes. L'anorexie et l'amaigrissement s'accroissent.

Deuxième intervention, le 13 septembre 1939. — Médiante sus-ombilicale. Volumineux cancer de la tête du pancréas, avec métastases hépatiques.

Implantation cholédoco-duodénale typique, avec gastro-entérostomie complémentaire, la vésicule restant drainée par une sonde de Pezzer.

Fermeture de la paroi en trois plans.

Le malade a quitté l'hôpital le 6 octobre et n'a pas été revu.

CONCLUSIONS

1° L'implantation cholédoco-duodénale nous paraît indiquée toutes les fois que la partie basse du cholédoque est complètement oblitérée.

2° Sa technique est aussi bien réglée qu'une anastomose intestinale du même ordre ;

3° Pour éviter le rétrécissement de la bouche, il convient de pratiquer un abouchement direct, avec un affrontement exact de la muqueuse duodénale et de l'endothélium cholédocien.

4° Le risque d'angiocholite ascendante sera fortement diminué par l'association à l'anastomose d'une gastro-entérostomie à bouche verticale.

5° Mieux réalisée, l'implantation cholédoco-duodénale est devenue moins dangereuse :

— Sa mortalité opératoire n'excède pas celle des autres anastomoses bilio-digestives.

— Ses résultats éloignés paraissent satisfaisants.

Vu : Le Président de la thèse,

M. CUNÉO.

Vu : Le Doyen,

M. TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,

G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- BAUDOIN. — Les opérations nouvelles sur les voies biliaires. Paris, 1898.
- BEAUDET. — Cholédoco-duodénostomie. Ictère permanent, occlusion du cholédoque par affection chronique du pancréas (néoplasie ?). Société de Chirurgie, 13 juin 1934).
- BENGOLEA et VELASCO-SUAREZ. — Los resultados alejados en la cirugía plastica ne las vias billiares (la infeccion ascendente en las anastomosis bilio digestivas). *Revue de patologia féminina*. Buesnos-Aires, 9, n° 54.
- Angiocholites ascendantes et anastomoses bilio-digestives. *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, 10 mai 1939.
- BERGERET. — Les anastomoses bilio-digestives. *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, t. 65, n° 9, p. 369 ; t. 63, p. 495.
- BRAULT et GRÉGOIRE. — Ictère chronique : sténose du cholédoque ; cholédoco-duodénostomie. *Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux*, 25 avril 1913, p. 855.
- BROCQ. — Les anastomoses bilio-digestives. *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, 29 mars 1939.
- BRUN (Angers). — Un cas de cholédoco-entérostomie pour fistule du cholédoque consécutive à une intervention sur les voies biliaires. Société de Chirurgie, 15 novembre 1905.
- COTTE. — Traitement chirurgical du cancer des voies biliaires. *Revue de Chirurgie*, t. XXXIX, p. 1135.

DELBET. — Les anastomoses des voies biliaires avec les voies digestives. *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 12 décembre 1911.

DELORE et WERTHEIMER. — Anastomose antéro-biliaire. *Revue de Chirurgie*, 1921, n° 6.

DUJARIER. — Cholédoco-gastrostomie chez un malade opéré antérieurement de cholécystectomie. Guérison. Société de Chirurgie, 1911.

FINSTERER (Vienne). — Des anastomoses bilio-digestives, surtout cholédoco-duodénales. *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, 23 novembre 1938.

GANDY (Marcel). — Traitement chirurgical des oblitérations non lithiasiques des voies biliaires. *Bulletin médical*, 27 juin 1936.

GASNE (P.-G.). — Cancer du confluent biliaire et son exérèse. Thèse Paris, 1935.

GOSSET. — Chirurgie du canal cholédoque et du canal hépatique. Rapport du 21^e Congrès de Chirurgie français, 1908.

— Un cas d'hépatico-duodénostomie suivi depuis 1906, c'est-à-dire depuis 33 ans. *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, 15 février 1939.

GUIBÉ. — Deux cas d'hépatico-duodénostomie, pour fistule biliaire après cholécystectomie.

HERTZ. — 12 cas d'anastomoses bilio-digestives. *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, 1939.

KEHR. — *Centralbl. für Chirurgie*, 1903, n° 18, p. 503.

LECÈNE et ALLAINES (D). — La réparation des voies biliaires principales ou sa dérivation dans le tube digestif dans les cas difficiles. *Journal de Chirurgie*, 1922, t. 20, p. 237.

LUBIN. — Les anastomoses bilio-digestives. Thèse Paris, 1926.

LAFOURCADE. — Deux observations d'oblitération cicatricielles du cholédoque. Anastomose latérale entre le cholédoque et le duodénum dans le premier cas, reconsti-

- tution par prothèse avec tube de caoutchouc dans le deuxième. Société de Chirurgie, 1935.
- MALLET-GUY. — Angiocholite, ascendante après hépatico-duodénostomie. Son traitement par exclusion duodénale. Résultat 7 ans après. *Mémoire de l'Académie de Chirurgie*, 19 janvier 1938.
- MALLET-GUY et SOUPAULT. — Des anastomoses bilio-digestives. Résultat éloigné, XLVIII^e Congrès de Chirurgie.
- MATHIEU (Paul). — Rétrécissements non néoplasiques des voies biliaires principales. *Revue de Chirurgie*, 1908, nos 1 et 2.
- MAYOT (W. G.). — *Annals of Surgery*, août 1905, p. 90.
- MENAUT. — Thèse Lyon, 1939.
- PALLIN (Lund. Suède). — Cancer du canal hépatique et du cholédoque. *Beiträge zur klinischen chirurgie*, 1920, t. CXXI, fasc. 1.
- PAUCHET. — Chirurgie des voies biliaires, Paris, 1900. —
- QUÉNU. — Sur un cas de cholédoco-entérostomie. Société de Chirurgie, 15 novembre 1905.
- QUÉNU (Jean) et GANE. — Exérèse des cancers hépatocystiques. *Bulletin médical*, 27 juin 1938.
- TERRIER (Félix). — De l'hépatico-duodénostomie par implantation. *Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 9 janvier 1907.
- TUFFIER. — Hépatico-gastrostomie pour cancer des voies biliaires. Société de Chirurgie, 8 mars 1905.
- STERN (W. M.) et FOUCHÉ (R.). — Tactique opératoire des voies biliaires.
- VILLARD et MATHIEU. — Traitement des oblitérations non calculeuses des voies biliaires principales. Congrès français de Chirurgie, 1923.

